

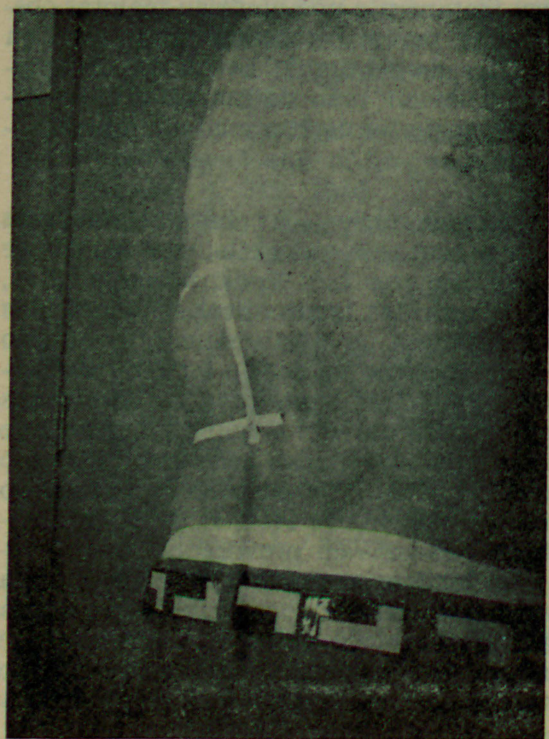
Desde que Barbette em 1672, assinalou pela vez primeira da possibilidade de hérnia na região lombar, esta foi alvo, no decorrer dos tempos até nossos dias, de curiosidade científica de plêiade de ilustres colegas todos interessados no melhor conhecimento dêste raro tipo de hérnia. Dentre eles contudo, ocupam lugar de destaque três nomes: J. L. Petit, Grynfeldt e Lesshaft, anatomistas de renome, descobrindo o primeiro o — triângulo lombar inferior — e os dois outros quase na mesma época — o triângulo lombar superior, zonas débeis anatomicamente e através das quais se exteriorizam as hérnias lombares. Grynfeldt em sua época (1866) teve o mérito, de separar as hérnias lombares das originárias da parede abdominal anterior e esclarecer a falsa idéia reinante de que tôda hérnia lombar externava-se pelo triângulo de Petit.

Observação clínica: O paciente Snr. M.F.M., branco, casado, com 47 anos de idade, natural de Osório e de profissão pedreiro, veio para consultar em 11-9-61, apresentando um abaulamento mais ou menos doloroso na região lombar esquerda, com aparência de semi-esfera e que havia aparecido dois anos atrás na ocasião de realizar um trabalho pesado (sic). Aumentava com o esforço, cessando êste, diminuía sem contudo desaparecer totalmente. Exercendo pressão sobre a tumefação esta se reduzia, não se dando o mesmo espontaneamente. Diante o exposto não tinha dúvidas em ultimar o diagnóstico de hérnia lombar. Feita a hernioplastia mediante uma incisão vertical ao grande eixo da hérnia, seccionando pele,

tecido celular subcutâneo, músculo grande dorsal, verificamos logo que o saco herniário provinha do triângulo de Grynfeldt-Lesshaft. A porta herniária consistia em brecha retangular, estendendo-se em sentido transversal na parte média da fascia transversalis, com 1 cm de altura por 2 cm de largura, confrontando posteriormente com o ângulo diédro formado pela própria fascia transversalis com seu desdobramento posterior formando a loja ósteo-fibrosa para os músculos das goteiras vertebrais, a saber o longo dorsal, sacro-lombar e transverso espinhoso. O saco herniário de consistência lipomatosa, apresentava-se vazio e seu tratamento não ofereceu maiores obstáculos, porém o fechamento do anel ou melhor do retângulo herniário, obrigou-nos a lançar mão de um retalho do folheto posterior da supra-citada loja ósteo-fibrosa.

Comentário. As hérnias lombares sob o ponto de vista etiológico podem-se classificar em três tipos: as congênitas, as adquiridas traumáticas, e adquiridas espontâneas ou atraumáticas. E quanto à sua situação na região lombar, em hérnias lombares superiores exteriorizadas pelo triângulo de Grynfeldt-Lesshaft e inferiores externadas através o triângulo de J. L. Petit. Na história pregressa do doente não houve referência de traumatismos casuais ou provocados sobre a região lombar esquerda, sede da hérnia de nosso paciente, conforme se verifica nas figuras n.ºs 1 e 2, e excluindo-se ainda as congênitas, pelo aparecimento tardio da mesma e por isso enquadrarmo-

(*) Instrutor da Cadeira de Clínica Propedéutica Cirúrgica.



la no tipo três isto é: hérnia lombar adquirida espontânea. Nessa variedade intervém um trauma indireto, muito bem comprovado no nosso herniado, pois a natureza da profissão (pedreiro), levantando pesos excessivos para sua capacidade muscular, força zona congênita débil, em particular no caso em estudo, o triângulo lombar superior. Este é delimitado para cima pela 12.^a costela e músculo pequeno dentado posterior e inferior, atrás pelos músculos das goteiras vertebrais, adiante pelo pequeno oblíquo, está coberto pelo grande dorsal e finalmente tem como assoalho a aponevrose do transverso. No caso pessoal o triângulo de Grynfeldt não apresentava a forma triangular mas de quadrilátero com as dimensões de 5 cm de altura por 6 cm de largura, não constituindo-se este todo em porta herniária como acontece por exemplo nas hérnias inguinais diretas, mas por uma solução de continuidade na fascia transversalis já mencionada anteriormente.

As hérnias lombares adquiridas espontâneas apresentam sua maior incidência etática dos 40 aos 70. Predomina o sexo masculino na proporção de 3 para 1. Além das causas supra-numeradas, predisposição congênita e intervenção de traumatismo indireto (levantar pesos excessivos), há outras que podem influir no desenvolvimento deste tipo de hérnia a saber: a obesidade, a emaciação, a velhice, a bronquite crônica, o enfisema pulmonar. São mais frequentes na região lombar esquerda e a bilateralidade é excepcional. O número de casos publicados desta variedade de hérnia lombar até o ano de 1952, coligidos por L. F. Watson, é de 70.

Quanto ao diagnóstico em geral neste tipo de hérnias, sua concretização não é difícil. Seu aparecimento dá-se na maioria dos casos, após esforços, crescem lentamente, aparentam uma semi-esfera e outras vezes um tumor ovoide. Habitualmente são redutíveis e quando o saco herniário contém víscera ôca pode-se perceber amiúde o gargarejo. Palpa-se nitidamente a impulsão ao tossir e provoca-se timpanismo à percussão quando da presença de alças mais ou menos distendidas. Os sintomas subjetivos são pouco pronunciados. Alguns queixam-se

de dôr na espádua, sensação de fadiga, mal-estar por estiramento, dôres produzidas pela pressão sôbre a hérnia ou da realização do trabalho diário e mais raramente a eclosão de cólicas acompanhadas de vômitos. O estrangulamento nas estatísticas consultadas, somente ocorre em 8% dos casos.

A possibilidade de confundir as hérnias lombares, embora remota, com um abcesso frio ou um lipoma, devem ser esclarecidos e diferenciados. O aparecimento de um abcesso frio na região lombar é favorecido sem dúvida pela debilidade inata dos triângulos lombares, constitui caminho à feição dos processo supurativos da coluna vertebral dorso-lombar, em particular no caso o Mal de Pott. Em geral o abcesso é precedido por antecedentes desta enfermidade, é brando, tem flutuação e não se reduz completamente. Uma das características, quando sob pressão consegue-se esvaziá-lo, é comum a formação de outro abaulamento na vizinhança do abcesso primitivo, em consequência do deslocamento do pús para nova bolsa de fácil feitura nestes tecidos grandemente abalados. Em referência ao lipoma é fácil o seu reconhecimento por ser um tumor duro, irreduzível, indolor e usualmente consegue-se levantá-lo livremente dos músculos subjacentes.

O tratamento das hérnias lombares adquiridas espontâneas é essencialmente cirúrgico e segue as normas clássicas das hernioplastias em geral; observe-se contudo que no nosso doente foi preciso o emprêgo de um retalho de aponevrose dos músculos das goteiras vertebrais para obter um fechamento a contento da porta herniária.

SUMÁRIO

O autor apresenta um caso de hérnia lombar adquirida expontânea num homem de 47 anos de idade cuja profissão exigia o dispêndio de grande força. Classifica as hérnias lombares quanto à situação em: superiores ou do triângulo de Grynfeldt-Lesshaft e inferiores ou do triângulo de Petit e que o saco herniário em relação ao ato cirúrgico nas hérnias lombares superiores é mais profundo, é submuscular, está debaixo do músculo grande dorsal e nas hérnias lombares inferiores é bem mais superficial, é subcutâneo.

BIBLIOGRAFIA

- Mc. Vay, B. Chester — Patologia Cirúrgica — 6.^a Ed. 1958 — Col. Davis — pgs. 536-537.
- Quenu J. e Peerrotin J. — Traité de Technique Chirurgicale — Tome VI — Ed. Masson — 1960 — pgs. 181-183.
- Spalteholz, Werner — Atlas de Anatomia Humana — Tomo 2.^o pgs. 381-385.
- Testut, L. — Anatomie Humaine — Tome 1 — pgs. 802-807.
- Testut, L., Jacob, O. — Anatomia Topográfica — Tomo 2 — pgs. 26-33.
- Watson, L. F. — Hernia-Trad. Escola Finochietto — Ed. Artécnica 1952 — Buenos Ayres. Pgs. 599-612.